# Mortalidad neonatal ajustada al riesgo en relación a la dotación de enfermería en el cuidado neonatal

**Hamilton K. Redshaw M. Tarnow-Mordi W.** Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition 2007; 92: F99-F103. Publicado on line: 6 November 2006. doi:10.1136/adc.2006.102988

**Resumen**

**Objetivo**

Evaluar si la mortalidad ajustada por riesgo en recién nacido de muy bajo peso al nacer o recién nacidos prematuros tiene relación con el nivel de prestación de enfermería.

**Diseño**

Estudio prospectivo de la mortalidad ajustada en neonatos ingresados en una muestra aleatoria de unidades de cuidados intensivos neonatales. (UCIN)

**Establecimientos**

54 unidades de cuidado intensivo neonatal del Reino Unido clasificadas por volumen de pacientes, disponibilidad de profesionales y relación enfermera- paciente.

**Muestra**

2585 neonatos de muy bajo peso al nacer (‹ 1500 g.) o prematuros (‹31 semanas de gestación).

**Resultados**

Un 57% de los turnos de enfermería no disponían del personal suficiente, con una marcada escasez en el turno de fin de semana. La mortalidad ajustada por riesgo estaba inversamente relacionada con la cantidad de enfermeras especializadas en el cuidado neonatal. El aumento de 1:1 de la relación entre el personal de enfermería capacitado y la cantidad de neonatos en cuidados intensivos y de alta dependencia estuvo asociado con una reducción en la mortalidad ajustada por riesgo del 48%.

**Conclusiones**

La mortalidad ajustada por riesgo no presentó diferencias entre las diferentes unidades neonatales. Sin embargo la sobrevida en las unidades de cuidado neonatal para los recién nacidos de muy bajo peso al nacer o prematuros estuvo relacionada con la proporción de enfermeras capacitadas en cuidado neonatal por turno. Los datos obtenidos podrían utilizarse para establecer estándares específicos sobre disponibilidad de enfermeras especializadas en cuidados intensivos neonatales.

**Comentario:**

- Comentado por la Lic. Guillermina Chattás

El cuidado de la salud en el Reino Unido experimenta al igual que en nuestro país una continua escasez de enfermeras especializadas. Hay mucha evidencia de la reducción de la mortalidad neonatal, con el advenimiento de la tecnología, del control obstétrico y del aumento de la demanda creciente de las UCIN. En algunos estudios se ha intentado probar empíricamente la relación entre cantidad de enfermeras y resultados neonatales, pero no hay evidencia consistente. En ausencia de esta evidencia es necesario continuar con investigaciones.

Este estudio se realizó en 54 UCIN del Reino Unido. Se compilaron registros de carga de trabajo de cada una de ellas, dos veces por día donde se solicitaban datos acerca de enfermeras y recién nacidos. Estos datos se utilizaron para calcular los siguientes índices de enfermería:

- Número de enfermeras registradas por turno.
- Proporción de enfermeras por turno, es decir la cantidad de enfermeras disponibles relacionada con la cantidad de pacientes.
- Cantidad esperada de enfermeras, que es la cantidad de enfermeras relacionadas con los neonatos ingresados en el turno.
- Proporción de enfermeras capacitadas, que indica la cantidad de enfermeras especializadas relacionada con la cantidad de enfermeras en el turno.

Las unidades de cuidados intensivos neonatales fueron categorizadas por:

- Volumen de ingresos de recién nacidos en la UCIN: alto (más de 57 neonatos de muy bajo peso al nacer por año), medio (entre 35 y 37 neonatos) y bajo (menos de 35 neonatos)
- Disponibilidad de médicos en la UCIN
- Disponibilidad de enfermeras

Como criterio de inclusión al estudio se tomaron las variables de peso menor o igual a 1500 g. o 31 semanas de gestación.

La mortalidad observada se definió como la muerte en el hospital o muerte prevista luego del alta.

Luego del análisis estadístico realizado con un software SPSS versión 10, los resultados mostraron que en el 57% de los turnos había escasez de enfermeras, y se acentuaba en los turnos nocturnos; la relación de enfermeras especializadas también disminuía en este mismo turno.

Con relación a las características de los servicios de Neonatología, las UCIN con más volumen de ingresos atendían a recién nacidos más pequeños y más inmaduros.

En la mayor parte de las UCIN del Reino Unidos no alcanzaba el número de personal médico y de enfermería recomendado para la atención de los recién nacidos.

La cantidad de enfermeras especializadas era mayor en las unidades con gran cantidad de ingresos de recién nacidos prematuros.

Sin embargo, a pesar de estos datos, la mortalidad neonatal ajustada por riesgo no estuvo relacionada con el tamaño o el tipo de la unidad.

La disponibilidad de enfermeras especializadas estuvo inversamente relacionada con la mortalidad ajustada por riesgo; cuanto más enfermeras especializadas para la atención de recién nacidos prematuros, menor mortalidad neonatal ajustada por riesgo.

Leyendo este artículo, se me ocurren por lo menos dos líneas de pensamiento. La primera de ellas tiene que ver con la mortalidad neonatal de la Argentina.

La disminución de la mortalidad neonatal sigue siendo una preocupación importante en las políticas de salud de nuestro país. La misma está relacionada con el control prenatal, las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida y la aplicación de nuevas tecnologías. La Mortalidad Neonatal ha sido llamada "el componente duro" de la Mortalidad Infantil debido a que es la que desciende más lentamente, en contraposición al componente blando, que equivale al período postneonatal, ya que es el que desciende primero y con acciones más fáciles de implementar.

El descenso de la Mortalidad Neonatal durante los años 90 se produjo prioritariamente a expensas de la disminución de la mortalidad de los niños de menor peso, que requieren para sobrevivir de tratamientos más costosos y de mayor tecnología.

El control prenatal, la reanimación cardiopulmonar en el nacimiento, la prevención de la hipotermia en el periodo de transición, el cuidado piel a piel como primer método para elevar la temperatura corporal, el fomento de la lactancia precoz son medidas costo-efectivas para disminuir la mortalidad neonatal. Todas intervenciones de muy bajo costo, de fácil implementación. Todavía los recién nacidos en muchas de las maternidades de nuestro país no reciben de estos cuidado mínimos, no por falta de recursos económicos, sino por la falta de recurso humano formado para implementar estos cuidados.

La falta de enfermeras en el país también es un tema ampliamente conocido. Y en las políticas de salud de un país tienen que estar contemplado invertir en recurso critico como es la Enfermería y en especialización del recurso humano que atiende recién nacidos, en programas de reanimación neonatal, en la promoción para la formación de enfermeras especialistas en enfermería neonatal.

Aumentar la proporción de enfermeras especializadas para los neonatos de cuidados intensivos neonatales podría aumentar la sobrevida en neonatos de muy bajo peso al nacer o prematuros.

El segundo de los pensamientos tiene que ver con nuestra responsabilidad de educación continua, de adquisición de conocimientos y habilidades en el área profesional para el cuidado de los recién nacidos.

En nuestro país la formación de enfermeras neonatales data de no más de 20 años. Muchas de nosotras somos contemporáneas a este crecimiento. En estos últimos años se incluyeron además de la formación en cursos, congresos, seminarios, la primera Carrera de Especialista en Enfermería Neonatal del país, acreditada por la CONEAU y la creación de residencias en el área perinatal.

La práctica profesional es expresión del conocimiento. Los cuidados que brindamos cada día a los recién nacidos es expresión de los que sabemos. Y no podemos saber, por lo que aprendemos empíricamente, de lo que vemos que otra compañera de trabajo realiza, "copiando" modelos, sin buscar la mejor evidencia disponible para el paciente que estamos atendiendo, o no saber porque realizamos nuestros cuidados, cuál es el fundamento científico. La respuesta "porque aquí siempre se hizo así" debería ser desterrada de nuestras respuestas.

Necesitamos formación consistente, ya sea a través de programas de educación continua de cada servicio, o a través de programas formales brindados por universidades.

Capacitarnos, con responsabilidad, formarnos, redundará en mejor salud para nuestros recién nacidos.